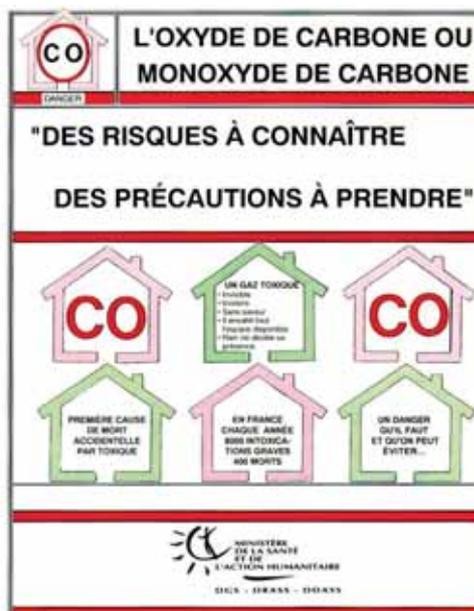
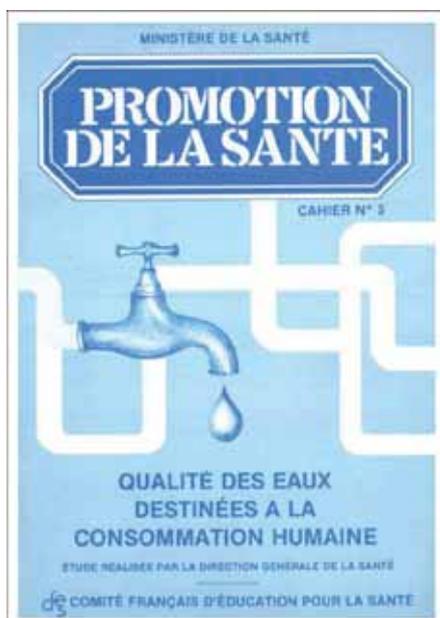


# DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE À LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

50 ans d'action des services de santé



**« Les transformations du monde moderne consécutives au développement des connaissances scientifiques, l'intensification de l'industrialisation, de l'urbanisation et de la circulation automobile, sans oublier l'accroissement démographique, l'exode des populations et leur regroupement dans les centres urbains ont modifié profondément le milieu de vie de l'homme et par là même donné une orientation nouvelle à l'hygiène publique »**

Ce paragraphe introductif de la circulaire du 3 janvier 1973 du ministère de la Santé Publique décrit les grands changements intervenus au cours des années 1950 – 1960 et justifie la décision de renforcer l'action des services en matière d'hygiène publique, en particulier en créant des postes d'ingénieurs sanitaires à la direction générale de la santé et dans les services régionaux de l'action sanitaire et sociale.

Pour répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une seconde circulaire du 5 novembre de la même année vise le développement des services départementaux.

Ces deux circulaires constituent le point de départ d'un changement important de ces services consacrés à ce qu'à l'époque on dénommait l'hygiène du milieu pour les conduire jusqu'à la santé environnementale. En repartant des débuts de l'hygiène publique, ce document retrace, en particulier au cours des 50 dernières années, les principales étapes de l'évolution de l'intervention dans ce champ de la santé au-delà des seuls services techniques.

L'extrait d'un entretien de Michel JOUAN, rédacteur des deux circulaires, permet de se resituer dans le contexte de l'époque.

**Ce document a été élaboré par Michel JOUAN, François MANSOTTE, Michel PARIS, Dominique TRICARD, ingénieurs du génie sanitaire de formation, ayant occupé des postes en administration centrale, agences de sécurité sanitaire, DRASS, DDASS, ARS.**

---

Crédits iconographiques de la page de couverture :

Haut gauche : Premier rapport rendu public en 1981 sur la qualité des eaux destinées à la consommation humaine – Ministère de la santé.  
Haut droite : Campagne nationale 1992 « L'oxyde de carbone ou monoxyde de carbone : des risques à connaître - des précautions à prendre ». Cette exposition a été conçue par le Comité de promotion de la santé de Trouville-sur-Mer et l'Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie sous l'égide du ministère de la santé et de l'action humanitaire. Un exemplaire de cette exposition a été envoyé dans chaque DRASS et DDASS afin qu'elle soit régulièrement utilisée et prêtée pour informer le public des risques d'intoxication par le CO et des précautions à prendre pour les éviter. Cette exposition était accompagnée d'une brochure présentant le monoxyde de carbone, décrivant quelques exemples de situations à risques, donnant les règles d'intervention en cas d'intoxication ainsi que les règles de sécurité afin d'éviter une nouvelle intoxication au monoxyde de carbone.

Bas gauche : Guide d'aide à l'évaluation de l'insalubrité – Direction générale de la santé et Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat. 2006.

Bas droit : 4ème plan national santé environnement lancé en 2021. Ministère de la Transition écologique - Ministère des Solidarités et de la Santé.

Sont remerciés pour leur relecture attentive : Pascale CHARBOIS-BUFFAUT, Jean-Luc GODET, Dominique MAISON, Aleth MANSOTTE, Charles SAOUT et Anne-Marie TAHRAT.

# QUELQUES ÉTAPES DE L'ÉVOLUTION

## Le développement de l'hygiène publique

Dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, se sont développées les connaissances scientifiques et techniques conduisant au mouvement hygiéniste. Le Comité consultatif d'hygiène publique de France<sup>1</sup> est créé en 1848, mais 16 ans de discussions seront nécessaires pour arriver à la publication de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique. Elle porte sur les milieux de vie, la santé, la gestion des épidémies, la surveillance épidémiologique et l'organisation administrative. Elle prévoit une inspection départementale d'hygiène. Les maires sont tenus de prendre des règlements sanitaires pour prévenir l'extension des maladies infectieuses. Au départ, ces règlements concernent surtout l'habitat et la protection des eaux d'alimentation ; les problèmes sanitaires traités s'élargiront au cours du temps (assainissement, déchets, alimentation, maladies contagieuses...). Les dépenses rendues nécessaires par la loi sont obligatoires et réparties entre les communes, les départements et l'Etat.



*L'eau : affiche de Jean CHAPERON – Office national d'hygiène publique - Ministère de la santé publique - Editée entre 1924 et 1930.*

Très progressivement, se mettent en place des services d'hygiène du milieu dans les départements et des bureaux municipaux d'hygiène (BMH) obligatoires dans les villes d'au moins 20 000 habitants et les communes d'au moins 2 000 habitants, qui sont le siège d'un établissement thermal. Ils sont en général dirigés par un médecin et emploient des inspecteurs de salubrité et des agents de désinfection pour réaliser les tâches techniques.

En 1920, est créé le premier ministère chargé de la santé dénommé « Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale ».

## L'émergence des préoccupations environnementales

A la fin des années 1960, après la période de reconstruction du pays et le développement économique et industriel, apparaissent des préoccupations liées à l'environnement qui a été très souvent dégradé (rivières polluées, colorées, couvertes de mousses ; air pollué dans des zones du territoire ; décharges sauvages d'ordures ; zones d'habitat insalubre et de bidonvilles...). En 1971, est créé le ministère de l'environnement. En 1972, se tient à Stockholm la 1<sup>ère</sup> conférence des Nations Unies sur l'environnement. La même année, la Communauté européenne adopte le premier programme européen d'action pour l'environnement, dont découleront plusieurs directives.

1. Devenu le Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 1942.

# 1973 : l'année charnière

Au début des années 1970, le ministère de la santé veut adapter son action en hygiène publique aux transformations du monde moderne. En s'appuyant sur les recommandations de l'OMS, le ministère obtient, fin 1972, la création de 11 postes<sup>2</sup> d'ingénieurs ayant reçu une formation spécialisée en santé publique, enseignée à l'Ecole nationale de santé publique depuis 1963.

> **La circulaire du 3 janvier 1973** relative à l'organisation du service de l'hygiène du milieu définit les domaines d'activité des ingénieurs sanitaires régionaux chargés de renforcer l'action des médecins inspecteurs régionaux de la santé : formation des personnels et éducation sanitaire, hygiène du milieu (eaux, air, bruit, déchets...), hygiène de l'habitat, hygiène alimentaire.

> **La circulaire du 5 novembre 1973** relative au personnel du service de l'hygiène du milieu, signée par le ministre de la santé, incite les préfets à créer des postes d'ingénieurs sanitaires départementaux et d'agents de salubrité avec un objectif, à dix ans, au total d'un poste pour 25 000 habitants. Ces créations seront financées sur les budgets des dépenses obligatoires de protection de la santé, pour lesquels les conseils généraux des départements engageaient des dépenses de personnels affectés aux services des préfets, et des dépenses de fonctionnement, qui leur étaient remboursées par l'Etat à 83 % en moyenne.



Extraits (1<sup>ère</sup> page) des deux circulaires de 1973.

2. 1 poste pour la DGS, 10 postes pour les services régionaux de l'action sanitaire et sociale.

## Le devenir des services

Au niveau central, la sous-direction de l'hygiène publique<sup>3</sup> diversifie ses moyens en recrutant différents profils de personnels : médecins de santé publique, ingénieurs sanitaires, juristes, attachés d'administration centrale... qui se spécialisent pour répondre aux nouvelles problématiques.

Le 18 juin 1992, le Réseau national de santé publique (RNSP) est créé et deviendra, en 1998, l'Institut de veille sanitaire (InVS), intégré depuis 2016 au sein de Santé publique France. Un département « santé environnement » y développe l'approche épidémiologique dans ce domaine. Dans les régions, les cellules inter-régionales d'épidémiologie (Cire) apportent un soutien efficace aux DRASS et aux DDASS.

Au cours des années 1990, les conditions de réalisation des expertises, notamment d'évaluation des risques et d'aide à la décision, sont remises en cause. Des agences spécialisées sont créées : l'Afssa<sup>4</sup> en 1999, l'Afsse<sup>5</sup> en 2001, devenue l'Afsset<sup>6</sup> en 2005, qui seront fusionnées au sein de l'Anses<sup>7</sup> en 2010, ce qui conduit à la suppression du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) et à la mise en place du Haut conseil de santé publique (HCSP).

Au niveau territorial, en 1974 et 1975, est mené un programme intensif de formation de tous les inspecteurs de salubrité et agents de désinfection, qui leur permet d'accéder à une revalorisation de leurs statuts. Les services des DDASS et des DRASS se structurent en quelques années. La loi du 22 juillet 1983 recentralise les actions en indiquant que « sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène relève de la compétence de l'Etat qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement ».

Depuis 1973, les effectifs ont augmenté, passant de 450 inspecteurs de salubrité et agents de désinfection en 1973 à environ 1000 personnels techniques dont 115 ingénieurs sanitaires en 1988. En 1990, des statuts sont créés pour gérer ces personnels au sein de la fonction publique de l'Etat.

Au cours des années 1990 et 2000, les services du ministère de la santé font l'objet de plusieurs réorganisations dans le cadre de la modernisation de l'Etat. En 2010, les services santé environnement des DRASS et DDASS sont intégrés aux agences régionales de santé (ARS) lors de leur création.

## L'adaptation des missions – L'évolution vers la santé environnementale

> **La circulaire du 3 janvier 1973** explicite les missions des services d'hygiène du milieu. Elle sera suivie de plusieurs autres qui les adaptent régulièrement en fonction de l'évolution de la situation sanitaire, des moyens, des orientations générales du fonctionnement des services de l'Etat mais aussi des enjeux internationaux liés aux recommandations de l'OMS ou à la réglementation communautaire.

> **La circulaire du 9 juin 1992** établit un cadre national de missions de référence qui est décliné au niveau local pour déterminer et justifier les moyens en personnels nécessaires.

> **La circulaire du 20 octobre 1995** précise les modalités de préparation des programmes pluriannuels d'action en santé environnement en insistant sur la volonté de mieux cerner les priorités en termes de protection de la santé et de renforcer la réflexion sur les responsabilités des différents acteurs.

3. Aujourd'hui la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation.

4. Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

5. Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement.

6. Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.

7. Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

> **La circulaire du 23 octobre 1995** apporte le contenu technique utile pour la mise en œuvre de la précédente en particulier sous la forme d'un nouveau cadre national de référence. Ce dernier décrit la démarche de santé publique appliquée au domaine santé environnement, fondée en particulier sur la détection, l'évaluation, la gestion et la communication sur les risques. Il introduit également un tableau de bord des objectifs sanitaires environnementaux. Cette circulaire constitue un tournant par la méthode déployée mais aussi du fait qu'elle indique que **ces actions sont développées « dans le domaine qu'il est convenu d'appeler désormais " la santé environnementale " »**.

> **La circulaire du 1<sup>er</sup> février 1996** prend en compte les orientations de la deuxième conférence européenne sur l'environnement et la santé (Helsinki, juin 1994) et fixe des priorités d'intervention sur les facteurs d'environnement dont les effets sur la santé sont connus et sur l'amélioration de la performance des outils de contrôle et de surveillance.

> **La circulaire du 29 mars 2004** poursuit la mise à jour des missions en distinguant les activités prioritaires devant faire l'objet d'une planification ou d'une simple application des textes réglementaires, et les activités faisant l'objet d'un désengagement.

> **L'instruction du 26 octobre 2011** détaille les missions des agences régionales de santé et le partage des compétences avec les préfets des départements, en distinguant la veille et l'alerte, l'instruction de dossiers et la délivrance d'avis sanitaires, le contrôle et l'inspection, la gestion des situations à risque, la promotion de la santé et l'animation régionale et territoriale, l'appui et l'expertise au niveau international, national ou local.

**Selon l'OMS : « La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».**

## Des outils et des formations pour les services

Dès la disponibilité des outils informatiques dans l'administration, des premières applications sont réalisées, qui conduisent à partir de 1994 à un système d'information en santé environnement (**SISE**). Initié sur le secteur des eaux d'alimentation, il est étendu progressivement aux différents domaines d'intervention des services pour aider à la gestion des procédures, au traitement des données et à la diffusion des informations vers le public.

Depuis sa création en 1995, le réseau d'échange en santé environnementale (**RESE**) tient à la disposition des professionnels des ARS mais aussi des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) depuis 2009, une base documentaire régulièrement mise à jour et reprenant l'ensemble des références législatives, réglementaires et administratives applicables à la santé environnementale ainsi que des actions des services relatées par les professionnels. Elle constitue aujourd'hui une base de données experte de plus de 75 000 documents numériques directement accessibles.

Pour accompagner les services face à la technicité croissante des domaines, à l'évolution rapide des connaissances et des actions administratives, l'école des hautes études en santé publique (**EHESP**) a adapté en permanence les formations initiales et continues.



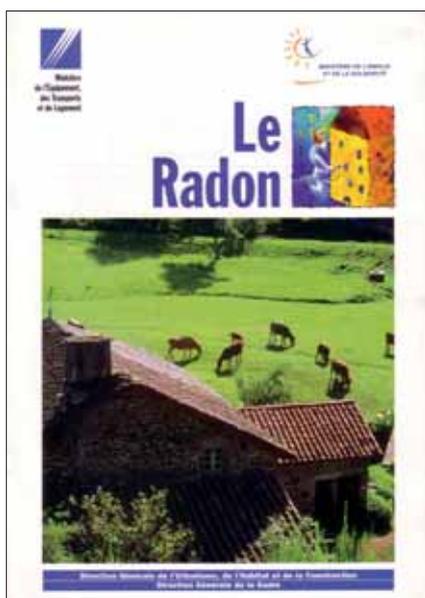
# DES ASPECTS TECHNIQUES

La circulaire du 3 janvier 1973 a mis l'accent sur les domaines considérés comme essentiels en hygiène publique : l'eau, l'air, l'alimentation, l'habitat, les déchets. Le développement des moyens a permis de restructurer les interventions. Par exemple, le contrôle sanitaire des eaux d'alimentation a été réorganisé à partir de 1980 par référence à des directives européennes et pour tenir compte de l'obligation d'informer le public. Aujourd'hui, les informations sur la qualité des eaux figurent sur le site internet du ministère de la santé.

Des études épidémiologiques puissantes ont mis en évidence de nouveaux risques tels ceux liés à la pollution atmosphérique et ont obligé à revoir profondément la démarche sanitaire et l'intervention sur les causes.

De nouveaux thèmes se sont imposés au cours des années du fait de la meilleure détection de problématiques sanitaires ou de l'apparition de nouveaux risques notamment : les produits chimiques dont les pesticides et les perturbateurs endocriniens, l'exposition au plomb avec le suivi biologique de la population et l'identification de cas de saturnisme infantile, les légionelloses, les risques liés au monoxyde de carbone, à l'amiante, au radon, aux pollens, les rayonnements non ionisants et la téléphonie mobile, récemment les impacts du virus de la Covid 19 et l'extension de la présence des moustiques tigres. Des approches sur l'aménagement et les activités évoluent et induisent une nouvelle vision qu'est l'urbanisme favorable à la santé.

La multiplicité des enjeux actuels : perte de biodiversité, pollution des milieux, changement climatique, précarité énergétique, défis liés à la prévention promotion de la santé... conduit à l'émergence de la démarche « Une seule santé » pour faire face aux menaces pesant sur la santé à l'interface entre l'homme, l'animal et l'environnement.



Plaquette interministérielle d'information sur le radon - Ministère de l'emploi et de la solidarité et Ministère de l'équipement, des transports et du logement - 1999.



Affiche de Mohamed AOUAMRI décrivant les consignes à suivre en cas de pics d'ozone - Ministère de la santé et DDASS de la Seine-Maritime - 1997.



Affiche éditée à l'occasion de la journée mondiale de la santé - OMS - 2022.

## Témoignage de Michel JOUAN rédacteur des 2 circulaires de 1973



**Si les deux circulaires de 1973 résultent de décisions administratives, leur écriture relève de l'initiative de Michel JOUAN qui travaillait à la direction générale de la santé. Pour comprendre ce moment, il faut remonter quelques années auparavant et suivre le témoignage<sup>8</sup> qu'il apporte sur son parcours.**

« En 1961, je suis entré, en tant qu'élève fonctionnaire, à l'école nationale des ingénieurs des travaux ruraux et des techniques sanitaires de Strasbourg (ENITRTS). Les études comprenaient deux années de tronc commun et une dernière année de stage en services administratifs du ministère de l'agriculture. En 1962, une convention avait été passée entre cette école et l'école nationale de santé publique (ENSP) pour permettre à quelques élèves d'y suivre, pour leur troisième année, la formation dispensée au sein du département architecture urbanisme et génie sanitaire. Le directeur de l'ENITRTS, Monsieur BRUNOTTE, m'a demandé d'aller suivre cet enseignement.

Cette formation était dirigée par Monsieur HARDY, architecte. Notre promotion n'était constituée que de cinq élèves, deux de l'école de Strasbourg et trois venant de pays africains. En conséquence, une partie des cours était commune avec ceux des médecins de santé publique, des pharmaciens de santé publique, des directeurs d'hôpitaux, ce qui donnait une vision large de santé publique. Pendant cette formation, les élèves effectuaient des visites de services. C'est ainsi que j'ai découvert le service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI) où j'irai travailler ultérieurement. Au laboratoire d'hygiène de la ville de Paris, nous avons rencontré son directeur, le docteur Louis COIN. J'allais le retrouver ensuite au ministère de la santé où il apportait son expertise notamment au sein du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Il nous a dit alors l'importance qu'il attachait à la mise en place d'ingénieurs sanitaires dans l'administration française. Ce n'est que plus tard que j'apprendrai qu'il avait participé, dès le début des années 1950, à des réunions d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur ce sujet.

En septembre 1964, à la fin de ma formation, j'ai plaidé auprès de Monsieur BRUNOTTE la possibilité de valoriser cette formation mais le ministère de l'agriculture n'avait pas prévu de dispositions dans ce sens. J'ai été affecté à la direction départementale de l'agriculture de l'Indre-et-Loire à Tours. En parallèle, je me suis ouvert auprès de Madame Colette MÊME, alors secrétaire générale de l'ENSP, de cette situation et de mon désir de travailler au ministère de la santé pour valoriser ma formation sanitaire. Quelques temps après, elle m'a informé qu'un poste de technicien était disponible à la direction générale de la santé (DGS). J'ai obtenu mon détachement du ministère de l'agriculture vers celui de la santé. J'ai pris mon poste le 6 décembre 1965 à la sous-direction de l'hygiène publique de la direction générale de la santé.

8. Ce témoignage est extrait d'un entretien tenu le 7 juin 2023 entre Michel JOUAN, Michel PARIS, Anne-Marie TAHRAT et Dominique TRICARD.

Cette sous-direction, d'une quarantaine de personnes, comportait à l'époque 4 bureaux traitant respectivement des maladies infectieuses, de la gestion des sections du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (eaux d'alimentation, assainissement, habitat, produits chimiques...), de thermalisme, et de pollution atmosphérique et rayonnements ionisants. Je m'occupais préférentiellement de pollution atmosphérique et de l'homologation des appareils de radiologie médicale.

Pendant cette période, j'ai fait quelques courtes missions pour l'Organisation mondiale de la Santé. J'ai pris connaissance de ses recommandations pour la mise en place de postes d'ingénieurs sanitaires dans les services de santé. Même si la France était dotée de grands corps d'ingénieurs qui intervenaient en matière d'eau, d'assainissement..., l'OMS considérait que notre pays ne suivait pas ses recommandations. Je pensais qu'il fallait donc viser la mise en place d'ingénieurs sanitaires dans les services du ministère de la santé. Par ailleurs, j'ai participé, au sein de la délégation française, à la 1<sup>ère</sup> conférence des Nations Unies sur l'environnement qui s'est tenue à Stockholm en juin 1972, ce qui a renforcé ma conviction d'agir dans ce domaine pour protéger la santé.

Depuis trois années, la direction générale de la santé demandait la création de postes d'ingénieurs sanitaires lors des préparations budgétaires. Fin 1972, la décision est enfin prise de la création, à partir de 1973, de 11 postes : un en administration centrale à la DGS et dix dans les services régionaux des actions sanitaires et sociales.

Il fallait alors expliciter plus en détail les missions des ingénieurs régionaux et leurs modalités d'affectation auprès du médecin inspecteur régional de santé et déterminer les régions concernées. Ce seront les plus importantes qui seront retenues en dehors de la région parisienne qui constituait un cas administratif particulier. J'ai élaboré un projet de circulaire, il a été soumis à discussion au sein de la sous-direction. La circulaire a été signée le 3 janvier 1973 par le Dr P CHARBONNEAU, directeur général de la santé.

L'année 1973 a été consacrée au recrutement des ingénieurs sanitaires, à leur accompagnement pour la prise de poste ; le premier regroupement a eu lieu à la DGS en octobre.

Si l'affectation d'ingénieurs sanitaires dans des régions permettait de soutenir techniquement les services départementaux, il n'en restait pas moins que ceux-ci étaient assez faibles. Ils étaient composés d'environ 450 agents, inspecteurs de salubrité et agents de désinfection, placés sous la responsabilité des médecins départementaux de santé. Leurs missions portaient essentiellement sur l'application du règlement sanitaire départemental, l'habitat insalubre et des prélèvements d'eau.

Pour suivre les recommandations de l'OMS, il fallait aussi renforcer le niveau départemental. A cette fin, j'ai préparé avec Monsieur ALDIGHERI, sous-directeur de l'hygiène publique, un projet de circulaire. En octobre 1973, accompagné de Dominique TRICARD, mon collègue ingénieur sanitaire récemment recruté à la DGS, j'ai présenté ce projet à Monsieur OLLE, le nouveau sous-directeur. Après que j'ai eu expliqué le contexte et le contenu des propositions, un silence s'est fait. Monsieur OLLE m'a demandé si j'avais fini mon exposé. Au vu de son attitude impassible, j'ai alors pensé que le développement espéré des services allait s'arrêter là. Le temps m'a paru long... et Monsieur OLLE nous a demandé de bien noter les dispositions qu'il prenait. En fait, c'était un soutien fort à l'évolution de l'hygiène publique avec un programme d'action. Le projet a été revu et la circulaire a été signée le 5 novembre 1973 par Monsieur Michel PONIA-TOWSKI, ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

La circulaire incitait à la création d'un poste d'ingénieur sanitaire départemental dans les départements de plus de 500 000 habitants tout en indiquant « l'objectif idéal étant de nommer au moins un ingénieur par département » et de postes de techniciens sanitaires. Elle précisait « il serait hautement souhaitable que les départements et les municipalités développent une politique de recrutement des agents de salubrité qui aboutirait à la nomination : - d'un agent de salubrité pour 40.000 habitants dans un délai de trois ans ; - d'un agent de salubrité pour 25.000 habitants dans un délai de dix ans ».

Ces deux circulaires allaient constituer, pour quelques années, une base pour le renforcement des services d'hygiène du milieu.

Pour répondre aux nombreux problèmes sanitaires existant alors mais aussi pour soutenir les services de terrains, les effectifs de la sous-direction furent renforcés. Un travail technique fut conduit en étroite relation avec les experts du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans le respect mutuel des rôles de chacun, notamment sous la présidence du Professeur CHOVIN puis du Professeur BOUDENE pour la section de l'hygiène industrielle et de Monsieur MONTADERT pour la section de l'habitat. »

*Après avoir occupé le poste de chef du bureau chargé des problèmes d'air, d'habitat, de bruit, de produits chimiques et de radiations ionisantes à la DGS (1982 – 1988), Michel JOUAN va travailler plusieurs années au Service central de protection contre les rayonnements ionisants (1988 – 1994). En 1994, Il met en place puis dirige jusqu'en 2000 le département Santé environnement du Réseau national de santé publique puis de l'Institut de veille sanitaire. De 2000 à 2003, il rejoint l'équipe de direction de cet Institut.*



Photo OMS donnée à Dominique TRICARD par le docteur Louis COIN

*Cette photographie a été prise lors du colloque sur les ingénieurs sanitaires, organisé à Rome du 11 au 18 novembre 1951 par l'OMS. Le docteur Louis COIN figure au centre au premier rang. A sa droite, Monsieur SANTENAC auquel il succédera, de 1971 à 1984, en tant que président de la section des Eaux du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.*

# EN 50 ANS

En affectant des personnels et en précisant leurs missions, le ministère de la santé a donné, à partir de 1973, une dynamique à la politique d'hygiène publique, en bénéficiant à l'époque d'un fort soutien scientifique des experts du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Au cours des années, les actions ont évolué et les priorités ont été revues en tenant compte régulièrement des recommandations de l'OMS et du droit européen. Un investissement en temps de travail auprès de ces deux niveaux est essentiel pour anticiper les évolutions tout en confrontant notre culture et nos pratiques à celles des autres pays.

Au-delà de l'approche par domaine technique, a été mise en œuvre, dans un cadre interministériel, la planification recommandée par l'OMS et l'UE sous la forme des plans nationaux santé environnement (PNSE), déclinés au niveau territorial dans les plans régionaux santé environnement (PRSE).

Globalement, des améliorations ont été apportées à la situation sanitaire mais, sur certains sujets, le temps nécessaire pour réduire la plus grande partie du risque est long. Par ailleurs, le non-respect des règles sanitaires par certains acteurs, la survenue d'incidents ou d'accidents dans des installations, le développement des connaissances, l'amélioration des performances des moyens analytiques, l'évolution des sources de contamination, font qu'il faut toujours rester vigilant sur la sécurité sanitaire et le respect des règles et, en même temps, s'attaquer aux nouvelles problématiques liées aux risques émergents. Le changement climatique est déjà, depuis plusieurs années, un nouvel axe fort d'investigation et d'action en santé environnementale. Par ailleurs, l'approche « Une seule santé » demande d'avoir une vision intersectorielle encore plus large.

La méthodologie formalisée au cours des dernières décennies pour l'évaluation et la gestion des risques ainsi que l'expertise et les savoir faire des professionnels du secteur constituent des points forts à préserver et à valoriser pour assurer la poursuite de la protection de la santé de la population et la réduction des inégalités sociales et territoriales face aux enjeux environnementaux.